

## **BDEM Erfassungsbogen Adipositas**

### **Angaben zur Person**

**Datum** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Körpergröße** \_\_\_\_\_ **Aktuelles Gewicht** \_\_\_\_\_

**Wohnort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Handy-Nummer** \_\_\_\_\_

**Email-Adresse** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**Hausarzt** \_\_\_\_\_

(mit Adresse + Telefonnummer): \_\_\_\_\_

**Mitbehandelnde Ärzte** \_\_\_\_\_

(mit Adresse + Telefonnummer): \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in psychologischer/  
psychiatrischer Mitbehandlung: ja  nein

Sind Sie jetzt in psychologischer/  
psychiatrischer Mitbehandlung: ja  nein

Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + Telefonnummer):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

---



---



---

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

KRANKHEIT	JA, SEIT WANN?	NEIN	WEISS ICH NICHT
Bluthochdruck			
Erhöhte Blutfettwerte			
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht			
Diabetes/Zuckerkrankheit			
Herzgefäßerkrankung			
Herzinfarkt			
Herzschwäche			
Schlaganfall			
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung			
Schlaf-Schnarch-Krankheit			
Verengung der Halsgefäße			
Verengung der Beingefäße			
Schilddrüsenerkrankung			
Hormonstörungen			
Nierenerkrankungen/Nierensteine			
Gallensteine (oder OP)			
Entzündliche Darmerkrankungen			
Leberverfettung, -zirrhose			
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen			
Rheuma/rheumatische Erkrankungen			
Autoimmunerkrankungen			
Krebserkrankungen (welche):			
Aufstoßen			
Entzündung der Speiseröhre			
Entzündung der Magenschleimhaut			
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür			
<b>WEITERE:</b>			

Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ:

Wann?

---



---



---

Schnarchen Sie? ja  nein

- wenn ja: Sind Sie schon deshalb untersucht worden, z.B. im Schlaflabor? ja  nein
- Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden? ja  nein
  - Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeschlafen und ausgeruht? ja  nein
  - Sind Sie tagsüber extrem müde? ja  nein

Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen? ja  nein

Beschwerden beim Stuhlgang? ja  nein

Nächtliches Wasserlassen?  mal/Nacht

### **Nur für Frauen**

In welchem Alter 1. Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Regeblutung? \_\_\_\_\_

Wechseljahre in welchem Alter? \_\_\_\_\_

Hormonersatztherapie? \_\_\_\_\_

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)?

ja  nein  weiß ich nicht

Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen: \_\_\_\_\_

Verhütungsmaßnahmen:

Pille  Spirale  Kondom  Sterilisation

Andere: \_\_\_\_\_

Geburten: \_\_\_\_\_

### **Nur für Männer**

Haben Sie

Erektionsstörung? ja  nein  weiß ich nicht

Prostatavergrößerung? ja  nein  weiß ich nicht

### Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie?

NAME	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT

### Fragen zur Familiengeschichte

	MUTTER	VATER	KINDER - Anzahl -	GESCHWISTER	GROSS- ELTERN	PARTNER
<b>Erkrankungen</b>	<b>Bitte ein Kreuz machen für Ja</b>					
Übergewicht						
Bluthochdruck						
Schlaganfall						
Herzinfarkt						
Verengung anderer Gefäße/ Amputation						
Nierenerkrankung						
Altersdemenz						
Zuckerkrankheit						
Bösartige Erkrankungen						
Alter bei Tod/ Ursache						

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert werden können?

ja       nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe  cm

derzeitiges Gewicht  kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht  kg  
das war vor  < 1 Jahr  
 2 – 4 Jahren  
 ≥ 5 Jahre

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht  kg  
das war vor  ≤ 1 Jahr  
 2 - 4 Jahre  
 ≥ 5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme:  kg im Jahr \_\_\_\_\_

Mein Wunschgewicht liegt bei:  kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche:  kg

In einem Jahr möchte ich wiegen:  kg

### Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

Wiegen  \_\_\_ mal/Tag  \_\_\_ mal/Woche  \_\_\_ mal/Monat

eigene Messung des Bauchumfangs

Änderung der Kleidergröße

Änderung der Gürtellänge

**Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach Schwangerschaften.**

---



---



---



---



---



---



---



---

**Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?**

- Noch nie
- 1 – 5 mal
- 6 – 9 mal
- ≥10 mal
- regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- halte ständig Diät

**Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?**

	Wann? Jahres- angabe	DAUER DER MASSNAHME	GEWICHTS- VERLUST in kg	WIEDER- ZUNAHME in kg	Nach welchem Zeitraum?
Diäten in Eigenregie* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):					
„Pulverdiät“ BCM/ Redumed etc.					
Weight Watchers					
Akupunktur/Heilpraktiker					
Optifast/Mobilis					
Mit Unterstützung Ihres Arztes Woraus bestand die Hilfe?*					
Mit Unterstützung einer Ernährungsfachkraft					
Medikamente, z.B. Xenical					
Psychotherapie (ambulant)					
Stationäre Kur zum Abnehmen					
Sonstiges:					

Zu \*: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

**Warum möchten Sie abnehmen?**

- 
- 
- 
- 
-

## Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? \_\_\_\_\_

davon beruflich bedingt: \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? \_\_\_\_\_

Welchen Sport? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ja  nein   
 Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ja  nein

Schämen Sie sich beim Sport z.B. Schwimmen? ja  nein

Raucher seit   Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit

geraucht über  Jahre  Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants?  immer  häufig  selten  nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier  Wein / Sekt  Spirituosen  Cocktails/ Alcopops

mal/Woche  mal/Monat

Aus welchen Gründen? aus Gründen des Genusses   
 aufgrund einer Alltagsgewohnheit   
 um abzuspannen   
 um von Problemen abgelenkt zu werden   
 um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

verheiratet/in Partnerschaft  geschieden  verwitwet  Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen? - bitte unterstreichen -

Wie viele Kinder haben Sie?  Alter: \_\_\_\_\_

Hauptschule  Gesamtschule  Realschule  Gymnasium  Studium

Gelernter Beruf?

jetzige Tätigkeit?

Schichtarbeit? Ja  nein

## Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten?  ja  nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie? schnell  langsam  bewusst   
 Zeitung lesend  beim Fernsehen  unregelmäßig

Wo essen Sie? im Wohnzimmer  in der Küche  bei der Arbeit   
 unterwegs

Andere Orte: \_\_\_\_\_

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? \_\_\_\_\_

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen)

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ja  nein

Was essen Sie am liebsten?

---



---

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

---



---

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

---



---

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie Fast Food?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten?  immer  häufig  selten  nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? ja  nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? ja  nein

Wenn ja, wie oft und wann? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie? Mineralwasser  Cola, Fanta etc.  Fruchtsäfte   
 Kaffee  Tee  anderes, was ?

---



K O P I E R V O R L A G E  
 BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN  
**WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!**

## Meine Tagesübersicht

**NAME:** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Wochentag: \_\_\_\_\_

<i><b>Mahlzeit</b></i>	<i><b>Ich habe gegessen</b></i>	<i><b>Ich habe getrunken</b></i>
<b>Frühstück</b>		
<i><b>eventuell Zwischenmahlzeit</b></i>		
<b>Mittagessen</b>		
<i><b>eventuell Zwischenmahlzeit</b></i>		
<b>Abendessen</b>		
<b>Sonstige Nahrungsaufnahme</b>		

**Sport:**     **JA** (welche Sportart und wie lange): \_\_\_\_\_

**NEIN** \_\_\_\_\_

**Besonderheiten an diesem Tag:** \_\_\_\_\_  
 (z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

## Bewegungstagebuch

TAG	WIE WAR DER ALLTAG?	WIE HABEN SIE SICH BEWEGT?	HABEN SIE SPORT BETRIEBEN?	MEIN HEUTIGES BEFINDEN	EIGENE BEMERKUNGEN
<b>MO</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹	
<b>DI</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹	
<b>MI</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹	
<b>DO</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹	

<b>FR</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	☺	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		
<b>SA</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	☺	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		
<b>SO</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	☺	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:

---



---



---



---



---



---



---



---